Serya XII. Zeszyt 8.

ODCZYTY KLINICZNE,

WYDAWANE PRZEZ

REDAKCYĘ GAZETY LEKARSKIEJ.

№ 140.

O LECZENIU WRZODU ŻOŁĄDKA.

NAPISAŁ

Prof. Dr. W. Antoni Gluziński (Lwów).

Cena pojedynczego zeszytu 30 kop.
Cena 12 zeszytów, wydanych w ciągu jednego roku, 3 rb.

WARSZAWA.
Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.

1900.

O LECZENIU WRZODU ŻOŁĄDKA.

(Według referatu, wygłoszonego na wspólnem posiedzeniu sekcyi medycyny wewnętrznej i sekcyi chirurgicznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

NAPISAŁ

Prof. Dr. W. Antoni Gluziński (Lwów).

Panowie! Stosując się do przyjętej zasady, by referaty nasze były możliwie zwięzłe i nie przenosiły oznaczonego czasu, będę się starał być najkrótszym, nie dążąc wcale do wyczerpania i wspominania o wszystkich możliwych sposobach leczenia wrzodu żołądka, lecz do ujęcia głównych rysów zasadniczych.

Nie będę w stanie przedstawić rzeczy inaczej, jak zbaczając nieraz od ścisłego tematu „o leczeniu", bo wtedy tylko o sposobach i wynikach leczenie mówić będzie można i wejść na drogę porozumienia z chirurgami na tym również spornym do pewnego stopnia, bo pogranicznym, obszarze.

Sporność ta zarysowała się w bardzo delikatnej formie, bo w szacie cyfr, na kongresie chirurgów niemieckich, a z cyfr tych widoczne i stanowisko obozów.

Przy leczeniu systematycznem wewnętrznem otrzymał Leube [1]) według swojej statystyki zupełne wyleczenie w $^3/_4$ wszystkich przypadków, w $^1/_5$ conajmniej poprawę; tylko w 4% zawiodła metoda, a w 2,4% nastąpiła śmierć, czyli, że w 75—96% wszystkich przypadków nie potrzeba było uciekać się do leczenia chirur-

---

[1]) Über die Erfolge der internen Behandlung des peptischen Magengeschwürs etc. Mittheilungen aus den Grenzgebieten etc. T. II. str. 1.

gicznego. Jeżeli za pierwszem leczeniem 4—5-tygodniowem nie nastąpiła poprawa, należy powtarzać leczenie. „Widziałem przypadki, mówi Leube, że podobne powtarzanie leczenia, gdy wrzód trwał 10 lat i dłużej, przecież sprowadziło zupełne wyleczenie".

Statystyki inne mniej są szczęśliwe; nie przytaczam ich tutaj: podałem je w pracy p. t.: „O nadżarciach i owrzodzeniach powierzchownych błony śluzowej żołądka (*erosiones et exulcerationes*) etc. [1]"; wspomnę tylko, że przeciętną cyfrę śmiertelności, wyciągniętą z nich, podaje Mikulicz na 25—30% a nie na 2.4%, jak wypada ze statystyki Leube'go.

Różnica to tak olbrzymia, że mimowoli nasuwa się pytanie, zkąd ta różnica może pochodzić. W wyżej przytoczonej rozprawie wykazałem, że różnica ta jest usprawiedliwioną tem, że rachunek nie na wspólnej podstawie robiony, że Leube opiara swą statystykę na symptomatologii, na żywym klinicznym materyale, gdy przytoczone przez Mikulicza cyfry wzięte są z materyału sekcyjnego. Między jednym a drugim różnica olbrzymia. W prawdziwość cyfr materyału sekcyjnego trudno nie wierzyć, raczej możnaby przypuścić, że statystyka, oparta na materyale klinicznym, jest błędną, że w wielu przypadkach klinicznych, jakkolwiek symptomatologia za wrzodem przemawiała, mimo to nie było wrzodu lub też, że było nieraz owrzodzenie żołądka, ale powierzchowne, takie, które po zagojeniu nie pozostawiło na błonie śluzowej śladów swego istnienia, że więc leczenie wewnętrzne, zwłaszcza podane przez Leube'go, wpływa o tyle korzystnie, iż zmienia tak znakomicie statystykę śmiertelności.

Przyczyna różnic tych statystyk leży, zdaniem mojem, we wszystkich przytoczonych powodach, a więc i w tem, że liczymy do wrzodów na podstawie symptomatologii kliniczne przypadki, które wrzodami nie są, albo, jak wykazałem w wspomnianej pracy, są to owrzodzenia powierzchowne, z rozmaitych powodów powstałe, a nie wrzód p r z e w l e k ł y okrągły Cruveilhier'a i Ro-

---

[1] Pamiętnik jubileuszowy. wydany na cześć prof. Korczyńskiego; str. 403.

KITANSKY'ego, z którym ma do czynienia przeważnie anatomo-patolog lub chirurg.

Przeglądając materyał sekcyjny lat dziesięciu, łaskawie mi udzielony przez prof. BROWICZA z Krakowa, przyszedłem do przekonania, że wrzód przewlekły żołądka jest to choroba bardzo poważna.

Statystyka ta, opuszczając powierzchowne świeże owrzodzenia, któremi zajmowałem się w pracy wyżej wspomnianej, wykazując ich stosunek do „*ulcus ventriculi rotundum*“, pouczyła mnie, że w Krakowie na 11298 sekcyi znalazłem 95 blizn i owrzodzeń późniejszych, czyli 0·8% wszystkich sekcyi, czyli że na 500 chorych, leczonych w szpitalach naszych, powinniśmy znaleźć tylko 4 chorych na wrzód żołądka, a jeżeli wliczymy nawet i wszystkie powierzchowne owrzodzenia, których było 61, to mamy 1.2% wszystkich sekcyi, czyli 5—6 chorych na 500. Cyfra stanowczo za mała, o ile mnie doświadczenie poucza, do rozpoznawanych za życia przypadków. W cyfry mogę ubrać tylko rok 1893 [1]), w którym na jednym tylko oddziale szpitala Ś-go Łazarza na 1778 chorych było 30 przypadków z rozpoznaniem wrzodu żołądka, a więc 2—3 razy tyle, ile sekcye tego materyału wykazują. Byłby to także dowód, że rozpoznajemy klinicznie wrzód żołądka często tam (bo tak nam każe symptomatologia), gdzie go właściwie niema lub gdzie nie zostawił późniejszych śladów na błonie śluzowej, bo był tylko powierzchowny.

Przypuśćmy, że te znalezione przy sekcyi 95 przypadków blizn lub starych owrzodzeń to były przypadki wcale nieleczone, zostawione własnemu przebiegowi i zobaczmy, co się z nimi stało, jak one oddziałały na organizm, w którym się rozwinęły.

Te 95 przypadków starszych wrzodów lub blizn rozkładają się w sposób następujący:

Przypadków blizny samej, lub blizny i owrzodzenia, lub samego wrzodu, które zginęły z przyczyny, nie stojącej w ścisłym związku z toczącą się sprawą w żołądku, było 29, czyli 30.5% wszystkich

---

[1]) Sprawozdanie ze szpitali powszechnych w Galicyi z Krakowem r. 1893.

przypadków, a mianowicie: 19 blizn wygojonych, 4 blizn i świeżych owrzodzeń, a 6 toczącego się wrzodu samego.

Reszta, t. j. 76 przypadków zginęło wskutek wrzodu lub jego następstw, t. j. 61%, które tak się rozkładają:

	Przypadków
Przebicie ścian żołądka i następcze zapalenie otrzewnej . . . . , ...	28 (28.4%)
Krwotok . . . . , ...	17 (18%)
Wyniszczenie	6 (6.3%)
Operacya z powodu zwężenia odźwiernika . .	8 (8.4%)
Przejście wrzodu w raka	8 (8.4%)

Jeżeli uwzględnimy, że wśród 29 przypadków, które zginęły z innych przyczyn, 7 zmarło z gruźlicy, że w 4 obok blizny było świeże owrzodzenie, a w 6 toczący się wrzód przewlekły, którego przyszłe losy są nam niewiadome, to statystyka niepomyślnych zejść wrzodu p r z e w l e k ł e g o żołądka bez leczenia przedstawia się jeszcze gorzej, znacznie gorzej, niż nawet statystyka Debove'a i Rémonde'a, wykazująca na 100 przypadków:

wyleczenie zupełne	50 przypadków
przebicie	13 „
krwotok	5 „
wyniszczenie	5 „
gruźlica	20 „
inne powikłania	7 „

czyli 50% śmiertelności, gdy w naszej statystyce wypada ona, po uwzględnieniu ostatniej uwagi, odnośnie do p r z e w l e k ł e g o wrzodu żołądka na jakie 75%.

Te to przypadki p r z e w l e k ł e g o wrzodu żołądka stanowią teren graniczny, wymagający stanowczego działania i porozumienia się.

Statystyka ta jest jeszcze pod wieloma innymi względami ciekawa. Nie mogę jej tu w całej rozciągłości rozbierać, muszę jednak zwrócić uwagę na dwa punkty, które będą mi potrzebne do dalszych uwag nad leczeniem wrzodu, t. j. z jednej strony na umiejscowienie wrzodów względnie blizn, z drugiej na płeć osobników.

Co do umiejscowienia powtarzają się zwykle we wszystkich podręcznikach cyfry Brinton'a, oparte na największej liczbie przypadków, bo na 220 przypadkach sekcyjnych, które tak opiewają:

ściana tylna	42%
krzywizna mała . . , ...	26%
odźwiernik	15.6%
ściana przednia	4.9%
krzywizna wielka	2.4%
wpust (*cardia*)	2%

Liczby te, ze stanowiska anatomii słuszne, ze stanowiska klinicznego muszą być inaczej ugrupowane.

Rozpatrując mój materyał, rozpatrując następstwa, stwierdzone sekcyą, opierając się na własnem doświadczeniu klinicznem, muszę powiedzieć, że wrzody przewlekłe lub blizny, usadowione w części odźwiernikowej (*pars pylorica*) lub w samym odźwierniku (*pylorus*), bez względu na to, czy są na przedniej lub tylnej ścianie, czy na krzywiznie małej lub wielkiej, dają te same następstwa, ten sam obraz kliniczny, odmienny od wrzodów lub blizn, w innych częściach żołądka usadowionych, a temsamem wymagających bardzo często innego postępowania. Zbliżają się do nich wrzody lub blizny dwunastnicy.

Materyał mój, w tym kierunku ugrupowany, przedstawia się tak:

Część odźwiernikowa i odźwiernik . . .	56	przypadków
Odźwiernik i wpust	4	"
Odźwiernik i dwunastnica	2	"
Odźwiernik i przełyk	1	"
Dwunastnica	12	"
Środek żołądka, ściana tylna	6	"
" ściana przednia	2	"
" krzywizna mała	6	"
" krzywizna duża	3	"
Wpust . . . . ,	3	"
Razem .	95	"

Lwia część przypadków zatem przypada na część odźwiernikową i odźwiernik, bo 63 przypadki, a jeżeli, w myśl powodów wyżej podanych, dodamy przypadki dwunastnicy, to będzie ich razem 75 wobec 20, w innych częściach żołądka umiejscowionych. Jest to szczegół ważny dla patogenezy, ale, co nas najwięcej w tej chwili obchodzi, i dla postępowania leczniczego.

Punkt drugi, co do płci, to również punkt rzucający pewne światło.

Utartem jest zdanie, że wrzód okrągły żołądka zdarza się częściej u kobiet, niż u mężczyn. Brinton podaje ten stosunek jak 2:1, Steiner 11:8, Habersohn jak 127:74, Danziger 2:1, Anderson nawet jak 35:3. Wyjątek stanowi statystyka Wollmann'a, opiewająca, że w równej mierze można stwierdzić wrzód u kobiet, jak i mężczyzn.

Statystyka moja odnośnie do przewlekłego wrzodu lub blizny wykazuje, że kobiet jest 39 (41%), u mężczyzn 56 (59%).

Wobec statystyk wyżej podanych można przypuścić, że cyfry moje są przypadkowe; twierdzę jednak, że odnośnie do przypadków *„ulcus ventriculi rotundum chronicum"*, to nie czysty przypadek, lecz zdaje się fakt, który niżej podniosę. Ważnym natomiast jest inny szczegół co do płci, t. j. jak te przypadki, odnośnie do płci, rozkładają się na pojedyncze kategorye, które przedstawia załączona tabliczka.

	Kobiet	Mężczyzn	Razem
Przypadki śmierci z innego powodu	16	13	29
„ „ z samego wrzodu	23	43	66

Przypadki (66) zaś, zakończone śmiercią z samego wrzodu, rozkładają się w sposób następujący:

Przyczyna śmierci	Kobiet	Mężczyzn	Razem
Przebicie i zapalenie otrzewnej . . .	9	18	27
Krwotok	5	12	17
Wyniszczenie	3	3	6
Operacya z powodu zwężenia odźw. .	2	6	8
Przejście wrzodu w raka	4	4	8
Razem	23	43	66

Wniosek z tabliczki jasny, że z powodu przebicia i następczego zapalenia otrzewnej, z powodu krwotoku dwa razy więcej zginęło mężczyzn, niż kobiet, a przypadków operacyjnych było trzy razy więcej u mężczyzn niż u kobiet. Przypadek to znów może, lub też ta okoliczność, że kobiety z wrzodami żołądka boją się szpitala i nie wstępują do niego, cierpiąc nawet tak bardzo, jak przy przewlekłym wrzodzie muszą cierpieć, albo też, biorąc na uwagę przypadki operacyjne, może mężczyźni są odważniejsi od kobiet, kiedy ich trzy razy więcej poddało się operacyi, niż kobiet.

Całe to tłómaczenie, zdaniem mojem, niesłuszne, bo już od dłuższego czasu uderzył mnie fakt, że tak w klinice, jak i w praktyce prywatnej, w rozmaitych warstwach społeczeństwa, nieporównanie częściej niż przed kobietami stawałem przed mężczyznami, którzy dawali wszelkie wskazanie do operacyi, a zwłaszcza mam tu na myśli zwężenie odźwiernika. W klinice mojej, nie wybierając przypadków i nie napotkawszy ani razu na opór, gdy uznałem za stosowne oddać chorego do operacyi, stosunek wypada nam ten sam, bo na operowanych przypadków 17 przypada mężczyzn 15, a tylko 2 kobiety. Fakt ten powtarza się stale i w innych statystykach operowanych przypadków. Dunin [1]) np. opisuje 3 operowane przypadki, wszystkie odnoszące sią do mężczyzn. Mikulicza [2]) 28 operowanych przypadków dotyczy 22 mężczyzn, a tylko 6 kobiet. Carl i Fautino [3]) podają na 24 operowanych z powodu wrzodu mężczyzn—tylko 12 kobiet.

Widzimy zatem, że, opierając się tak na materyale sekcyjnym, jak i na klinicznym operacyjnym, ciężkie następstwa wrzodu żołądkowego są 2—3 razy częstsze u mężczyzn, niż u kobiet. Dziwnie to brzmi wobec utartego zdania, że u kobiet wrzód żołądkowy jest częstszy, niż u mężczyzn i wytłómaczenie swoje znajduje albo w tem, że kobiety częściej się odrazu leczą, chętniej zastosowują się do przepisów, nie robią takich błędów w dyecie, jak mężczyzni i t. d., czyli, że nasze leczenie lub tryb życia u kobiet wy-

---

[1]) Gazeta lekarska, r. 1895.
[2]) Mittheilungen aus den Grenzgebieten etc. T. II. str. 184.
[3]) Archiv. f. klin. Chirurgie. T. 56, str. 1.

wiera swój wpływ korzystny, lub też, że u kobiet częściej występuje zbiór objawów, które nas skłaniają do rozpoznawania wrzodu żołądkowego, mimo że go tam niema, co wpływa na błędność w tym kierunku statystyki. Zdaniem mojem prawda leży w pośrodku, a sam fakt, że więcej blizn wygojonych stwierdzamy u kobiet, wskazuje, że w postępowaniu ich musi leżeć przyczyna tego pomyślniejszego przebiegu, szukać zaś jej nie będziemy gdzieindziej, jak w zachowaniu odpowiedniejszej dyety, która jest i będzie najważniejszym czynnikiem przy leczeniu wrzodu żołądka.

W tym kierunku musimy też przyznać niezaprzeczoną wielką zasługę Leube'mu, za wprowadzenie systematycznego leczenia dyetetycznego, które, jak wiemy, rozciąga się na tygodni 4—5. Leube osiągnął swoim sposobem leczenie, który, obok dyety, polega, jak wiemy, na spokoju, gorących okładach, podawaniu soli Karlsbadzkiej tak znakomite wyniki, że powtarzając ten sposób leczenia w razie potrzeby, osiągał nawet wyleczenie przy wrzodach, które od wielu lat trwały, a więc wkraczały stanowczo już w dziedzinę wrzodów przewlekłych, które statystyka moja obejmuje.

Przypatrując się jednak zmianom anatomicznym, które te wrzody w naszych przypadkach sprawiły, tym następstwom, które za sobą pociągnęły, uwzględniając, że bardzo znaczna ich liczba, bo 80% to wrzody w części odźwiernikowej lub w dwunastnicy położone, które nawet wygojone pozostawią w znacznej liczbie przypadków mechaniczną przeszkodę większą lub mniejszą dla czynności ruchowej żołądka lub stanowić będą podatny grunt do tworzenia się nowych owrzodzeń lub usposabiać będą, nie tak znów bardzo rzadko, do powstawania raka, to muszę przyznać, że w tych przypadkach od leczenia samą metodą Leube'go nie mogę się spodziewać tak pomyślnego wyniku. I tu ulga przy tym sposobie leczenia nastąpi, o wyleczeniu jednak takiem, by przypadłości zupełnie stale usunąć, trudno marzyć. Większa część tych przypadków musi być inaczej jeszcze leczona.

Całem zadaniem naszem leczenia wewnętrznego i to głównem musi być, by nie pozwolić przejść wrzodowi świeżo powstałemu w formę przewlekłą, by w samych początkach poddać go naszemu leczeniu, stosując sposób Leube'go, lecz nie na 4—5 tygo-

dni, ale mając w opiece chorego takiego od czasu do czasu rok lub dwa, nauczeni z jednej strony doświadczeniem, że często objawy, uspokojone leczeniem, po roku lub dwóch wracają napowrót, pouczeni materyałem sekcyjnym, wykazującym, jak często w tym samym żołądku obok starej blizny jest świeży wrzód, bo tak w samym organizmie, jak i w samym żołądku trwają przyczyny trudnego zagojenia się lub łatwego powstawania owrzodzenia.

Trudne to do wypełnienia zadania, bo najczęściej ani chory nie chce tak długo pozostować pod kontrolą lekarską, ani też warunki życia nie pozwalają mu na to. Dlatego też mamy i mieć będziemy zawsze do czynienia z temi późnemi formami wrzodu przewlekłego żołądka, dla którego zwykły nasz sposób leczenia nie wystarcza, a jednak chorzy, dotknięci tem cierpieniem, potrzebują coraz bardziej naszej pomocy, bo, jak statystyka nasza wykazuje, są w coraz większem niebezpieczeństwie.

Zaniedbanie dotyczy przeważnie klas biedniejszych i one też dostarczają przeważnej liczby tych późnych form owrzodzeń ze swojemi następstwami, najliczniejszy też materyał operacyjny. Każdy z panów przyzna mi zapewne słuszność, że warstwy inteligentne, zamożniejsze, mimo, że u nich stwierdzamy również często objawy wrzodu żołądkowego, przecież nieporównanie rzadziej zmuszają nas do uciekania się do pomocy chirurga; widzę to i ze statystyki Mikulicza [1]), która obejmuje tak prywatnych, jak i klinicznych chorych.

Przecież wrzód, jeżeli powstał u człowieka z warstw zamożniejszych, inaczej nie przebiega, tylko, że oni się leczą i mogą się leczyć i stanowią zarazem dowód, że to nasze leczenie, a nie przypadek, odnosi w tych razach skutek.

Leczenie to, jak wspomniałem, musi jednak być prowadzone wtedy, jak długo wrzód jest świeży, i prowadzone nieraz dalej również, gdy objawy podmiotowe ustąpią nawet zupełnie.

Sprawą tych owrzodzeń świeżych zajmowałem się w pracy wyżej przytoczonej i zadałem sobie wtedy pytanie, jak wygląda wrzód w samym początku swego rozwoju i czy taki wrzód wygo-

---

[1]) l. c.

jony musi pozostawić ślad swego istnienia na błonie śluzowej żołądka w postaci blizny.

Trudno mi sprawą tą dłużej się zajmować, podnoszę jednak tę okoliczność, że gdyby w każdym przypadku, w którym za życia były objawy, charakterystyczne dla wrzodu, a zwłaszcza krwotok, pozostał na błonie śluzowej ślad jego istnienia, to musielibyśmy nieporównanie częściej znaleźć ten ślad na stole sekcyjnym, aniżeli to ma rzeczywiście miejsce. Mogą zatem być albo wszystkie objawy kliniczne wrzodu, nawet krwotok, a jednak nie było wrzodu żołądka, a więc nie może być i śladu po nim, albo też ten wrzód był mały i powierzchowny i, wygoiwszy się, nie pozostawił znaku swego istnienia.

Na podstawie badania materyału sekcyjnego zebranego we wspomnianej pracy, a zajmującego się głównie stosunkiem powierzchownych owrzodzeń (*exulceratio*) do późniejszego wrzodu okrągłego żołądka (*ulcus ventriculi rotundum*), starałem się wykazać pewien związek anatomiczny między temi zmianami, jak również i kliniczne podobieństwo nieraz obrazów.

Takie powierzchowne owrzodzenia, których rozwój zależy od przyczyny wywołującej i od stanu błony śluzowej żołądka, a które nie różnią nieraz niczem w przebiegu od klinicznego obrazu wrzodu żołądka, goją się bezsprzecznie nieraz wśród odpowiednich warunków i nie pozostawiają żadnych śladów po sobie na błonie śluzowej żołądka.

Ta okoliczność musi wpływać na różnicę statystyk, opartych na materyale klinicznym a sekcyjnym, musi sprawiać, że my, interniści, nie tak czarno się zapatrujemy na wrzód żołądka, jak chirurdzy, którzy mają do czynienia przeważnie tylko z późnemi formami wrzodu żołądkowego.

Poczyniwszy te uwagi, które muszą się nasuwać, gdy się mówi o leczeniu wrzodu żołądka, wracam do właściwego tematu.

Czy możemy działać zapobiegawczo?

Opierając się na przypadkach świeżych owrzodzeń, stwierdzonych na stole sekcyjnym, jak i na obserwacyi klinicznej [1]), do-

---

[1]) Patrz moją rozprawę: „O nadżarciach i powierzchownych owrzodzeniach etc." l. c.

szedłem do przekonania, że wrzody te rozwijają się w następujących razach:

1) Urazy błony śluzowej mechaniczne i chemiczne [błędy dyetetyczne, gwałtowne wymioty, nadużywania napoi drażniących, alkoholu etc.].

2) Ogólne stany, zmieniające stan krwi i sprowadzające zmiany w naczyniach np. blednica; stwierdziłem również świeże owrzodzenie przy *morb. macul.* Verlhofi i białaczce (*leukaemia*). Dodać winienem, że podobnie, jak to Korczyński i Jaworski podnieśli, opierając się na materyale klinicznym, moje protokuły sekcyjne dość często wspominają o wązkości tętnicy głównej (*aorta*) i naczyń obwodowych przy wrzodzie żołądka, i to tak u kobiet, jak i u mężczyzn.

3) Zaburzenia w krążeniu miejscowem [w zakresie żyły wrotnej] lub ogólne, zwłaszcza, gdy równocześnie mamy zmiany w ścianach naczyń [wady sercowe, zmiany w narządzie oddechowym, miażdżyca tętnic etc.).

4) Choroby zakaźne [z moich protokółów zapalenie płuc, tyfus brzuszny, zakażenia septyczne].

5) Urazy od zewnątrz.

Że w kierunku tych przyczyn działać winniśmy, nie ulega wątpliwości. Działamy w blednicy, lecząc ją; działamy w chorobach zakaźnych, stosując w rekonwalescencyi po chorobach zakaźnych ostrożną i powoli wzrastającą dyetę; działać winien każdy, unikając urazów chemicznych i mechanicznych na swoją błonę śluzową żołądka.

W tym ostatnim kierunku uderza mię spostrzeżenie jedno, wymagające bliższego rozpatrzenia. U mężczyzn ze wsi pochodzących datują się często pierwsze objawy żołądkowe, przemawiające za wrzodem żołądka, od czasu służby wojskowej, chociaż u nas ludzie ci, w porównaniu do poprzedniej dyety lepiej i hygieniczniej są odżywiani, niż w domu. Czy tu nie gra ważnej roli nagła zmiana sposobu odżywiania, przejście nagłe z dyety wegetaryańskiej na dyetę więcej animalną? Szczegół o tyle ważny, że, gdyby się stwierdził odnośnie do naszej ludności, powinien wpłynąć na sposób odżywiania świeżo wstępujących do wojska rekrutów jako

czynnik profilaktyczny. Lekarze wojskowi powinni się tą sprawą zająć.

Leczenie samego wrzodu i wynik tego leczenia zawisł, jak to jest naturalne, od czasu trwania samego wrzodu. Pozornie do oznaczenia czasu trwania sprawy chorobowej nie mielibyśmy innego punktu oparcia, jak wywiady (*anamnesis*) i nie ulega wątpliwości, że ma to znaczenie. Ważniejszem jednak w tym względzie jest zachowanie się funkcyi żołądkowych.

Dodać tu muszę, że bez obawy każdy przypadek [naturalnie nie bezpośrednio po krwotoku] w klinice badam zgłębnikiem, z pewnemi nieraz ostrożnościami, nie mając z tego powodu najmniejszych złych następstw.

Przypadki, w których funkcya mechaniczna dobra, funkcya chemiczna zaś przedstawia zboczenie w postaci *hyperaciditas digestiva*, przedstawiają najlepszy przebieg.

Tu spokój, który uważam za jeden z bardzo ważnych czynników leczniczych, a więc leżenie w łóżku, ścisła dyeta, kataplazmy, sól Karlsbadzka, jednem słowem metoda Leube'go, dają wyniki znakomite. Chory po tygodniach jest wyleczony, a jeżeli np. to był osobnik, dotknięty bladnicą, to równocześnie tym spokojem i następnie przetworami żelaza usuwamy i podstawową chorobę.

Pamiętać jednak należy, że wrzód żołądka jest to choroba łatwo powtarzająca się i wymagająca właściwie kontroli przynajmniej od czasu do czasu przez rok lub dwa.

Z większym oporem w leczeniu przebiegają przypadki *cum hypersecretione continua*, które trzeba podzielić na dwie kategorye t. j. bez upośledzenia i z upośledzoną funkcyą mechaniczną.

Faktem jest z jednej strony, że największą przeszkodą dla wygojenia wrzodu żołądka, najważniejszym czynnikiem w jego nawrotach jest ciągłe wydzielanie się soku żołądkowego i ta nadmierna jego kwasota; faktem jest z drugiej strony, że upośledzenie funkcyi mechanicznej, z jakiegokolwiek powodu, to czynnki znów najważniejszy, podtrzymujący i wzmagający zboczenie funkcyi chemicznej.

Tak w przypadkach bez upośledzenia czynności mechanicznej jak i w pewnej kategoryi przypadków z upośledzoną funkcyą mechaniczną, jest także najważniejszym czynnikiem leczniczym spokój i dyeta, posunięta nieraz, o ile stan ogólny pozwala i wymaga nawet do żywienia przez pewien czas *per rectum*.

Postępowanie to nietylko wpływa na złagodzenie objawów podmiotowych, lecz widzimy poprawę w zachowaniu się funkcyi chemicznej nawet w przypadkach z upośledzoną funkcyą mechaniczną.

Jako przykład działania dyety na zachowanie się wydzielania soku żołądkowego w takich przypadkach służyć może np. jedna z tablic:

	Ilość zaległości na czczo w ctm. sz.	Stopień kwaśności od HCl na czczo	Stopień kwaśności od HCl po próbie białkowej	Stopień kwaśności od HCl po obiedzie próbnym
I tydzień – dyeta miesz.	50 resztki pokarmów	16	30	73
II tydzień – dyeta mlecz.	40 czysty sok żołądkowy	2	8	43
III tydzień – dyeta miesz.	30 resztki pokarmów	30	25	85
IV tydzień – dyeta mlecz.	0	4	5	100

W dyecie zatem i w tych przypadkach mamy jeden z najważniejszych czynników wpływających na nadmierne wydzielanie HCl i działających równocześnie korzystnie na funkcyę mechaniczną, o ile ta da się poprawić, o ile jest funkcyonalną tylko, a nie mechaniczną.

Używaniu soli Karlsbadzkiej lub wody Karlsbadzkiej w dawkach zwykle używanych nie przypisuję bezpośredniego wpływu w kierunku obniżenia stopnia kwasoty, o czem jeszcze niżej wspomnę. Ma ono jednak znaczenie, utrzymując z jednej strony czyn-

ność jelit w należytym porządku, zmuszając z drugiej strony chorego do tem ściślejszego przestrzegania dyety.

Szeregiem doświadczeń w tym właśnie kierunku, przeprowadzonych w klinice mojej, wykazał Wiczkowski [1]) zależność funkcyi chemicznej żołądka od czynności jelitowych, stwierdzających, że upośledzony ruch robaczkowy jelit podnosi wydzielanie soku żołądkowego a obniża je przyśpieszenie ruchu jelitowego. Bezsprzecznie znaczną część pomyślnego działania soli Karlsbadzkiej w tym duchu trzeba tłómaczyć, a równocześnie rozcieńczenie soku żołądkowego przez wodę, zobojętnienie pewnej części HCl gra tu symptomatyczną rolę.

Przy stosowaniu innych sposobów leczenia, jak wlewania lub podawania większych dawek bismutu, stosowanie środków ściągających, jak *arg. nitr.*, *zincum sulf.* etc., nie widziałem wybitnego wyniku, owszem wspólnie z Jaworskim przekonaliśmy się, że środki ściągające, wprowadzone do żołądka, podnoszą kwaśność soku żołądkowego, a więc raczej działają ujemnie.

Po przeprowadzeniu opisanego leczenia w domu można wysyłać takich chorych do Karlsbadu, przeważnie jednak dlatego, że znów przez kilka tygodni dalszych zmuszeni są uważać na dyetę tak w czasie pobytu, jak i według zwyczaju i pewien czas po powrocie. Nadmierne bowiem wydzielanie soku żołądkowego, jak doświadczenie mnie poucza, zjawia się często znowu po powrocie do zwykłej dyety, zwłaszcza tam, gdzie jest upośledzona funkcya mechaniczna. Odnosi się to przeważnie do przypadków wrzodów żołądka w późniejszych okresach, w których najczęściej stwierdzamy upośledzoną funkcyę mechaniczną różnego naturalnie stopnia i znaczenia.

Leczeniu tych rodzai wrzodów żołądka chciałbym główną uwagę poświęcić, bo i tu leczenie nasze może przynieść znaczny pożytek, a w razie ujemnym wkraczamy na teren graniczny z chirurgią, który na wspólnem posiedzeniu naszych sekcyi stanowić winien główny cel naszego porozumienia.

---

[1]) O wzajemnym stosunku funkcyi żołądkowych i jelitowych. Przegląd lekarski 1898.

Leube twierdzi, że przy leczeniu wrzodów żołądka prawie nie potrzebuje się uciekać do pomocy chirurgicznej. Widać do niego zgłaszają się chorzy w samych początkach wrzodów i święcie słuchają przepisów jego przez długi czas, a za najmniejszym objawem poddają się znowu systematycznemu leczeniu. Przeważna jednak część lekarzy nie będzie w tem położeniu i ja w niem nie jestem, boć zgłaszają się do mnie nieraz chorzy już w późniejszych okresach wrzodu żołądka, albo są przypadki, które latami się leczą, poprawiają się i znów zapadają.

Przy najidealniejszych warunkach, jakkolwiek w sposobie Leube'go mamy tak dzielny czynnik leczniczy, przecież przypadki późniejszego okresu wrzodów żołądka są i będą, i to liczba ich nie tak znów mała. Wprawdzie teoretycznie możnaby twierdzić, że chorzy ci sami są sobie winni, bo nie poddali się w początkach leczeniu lub my jesteśmy winni, że brakło nam wytrwałości w leczeniu lub popełniliśmy błąd rozpoznawczy, przeoczywszy początkowy wrzód żołądkowy. Uniknąć nam należy tych ewentualnych przekroczeń obopólnych, przesadzić nawet, stosując znany sposób leczenia w przypadkach, w których mamy tylko podejrzenie na wrzód żołądka, jak to widać czyni Leube, ale mimo to praktycznie rzecz biorąc, czy to z jednych, czy z drugich winy pozostaną zawsze przypadki przewlekłego wrzodu, które zgłoszą się do leczenia.

Sposób naszego postępowania leczniczego zawisł w takich przypadkach od stopnia i przyczyny, wywołującej upośledzenie funkcyi mechanicznej.

Stopień ten różny, a przyczyna prawie stała to przeszkoda w drożności odźwiernika, co nas nie zadziwi, gdy przypomnimy sobie liczby, podane w przytoczonej wyżej statystyce, że 80% to wrzody w części odźwiernikowej, odźwierniku samym lub w dwunastnicy.

Przeszkoda ta jest albo czasowa, albo stała, t. j. albo skurcz odźwiernika wywołany bywa obecnością wrzodu w tej części żołądka i nadmierną kwaśności wydzielanego soku żołądkowego, albo też bliznowatem zaciągnięciem, zgrubieniem ścian, zrostami na po-

wierzchni zewnętrznej, albo wreszcie obydwiema przyczynami razem.

Przypadki te, przy mniej wybitnych objawach nie tak łatwe do rozpoznania, brane są nieraz za inne postaci chorób żołądkowych, t. j. zaliczane bywają do nieżytów kwaśnych z niedowładem (*catarrhus ventriculi acidus chr. c. atonia*) lub do sokotoku Rejchmana, gdy na podstawie całego szeregu przypadków mam prawo twierdzić, że prawie każdy przypadek z sokotokiem żołądkowym i z upośledzoną funkcyą mechaniczną to wrzód żołądka toczący się lub zabliźniający z cieśnią odźwiernikową funkcyonalną lub mechaniczną. Wyrobiłem sobie to przekonanie, gdy starałem się udoskonalić sposoby rozpoznania cieśni odźwiernikowej (*stenosis pylori*).

Nietrudno ją rozpoznać tam, gdzie mamy do czynienia z wybitną rozstrzenią żołądkową, z zaległościami pokarmów, w których mikroskop wykazuje sarcynę i drożdże, z wymiotami i widocznymi ruchami żołądka; jeżeli zaś ani ruchów żołądka nie spostrzeżemy, ani wybitnej rozstrzeni żołądkowej, mówimy o niedowładzie (*atonia ventriculi)*, a tak rzecz się nie ma.

Ruch żałądka przy cieśni odźwiernika w przypadkach lekkiego stopnia jest trudny do uchwycenia. Miałem przypadki, w których zjawiał się on tylko w nocy i to niekiedy raz w ciągu 1—2 tygodni obserwacyi. Obserwacya dokładna tych właśnie przypadków wskazała mi jednak pewne cechy, które w celach rozpoznawczych zastąpić mogą wybitne ruchy żołądka.

Przypatrując się uważnie okolicy żołądka, potrzeba tu na to nieraz dłuższego czasu; zamiast ruchów widzimy w dołku podsercowym (*epigastrium*) po obydwóch stronach mięśni prostych jużto z jednej, już to z drugiej strony wyniesienie, odpowiadające albo *fundus ventriculi*, albo *pars pylorica*, lub też często naprzemienne nieznaczne podnoszenie się to jednej, to drugiej strony; różnice są tu nieraz niewielkie i pewna wprawa oka potrzebna. Jeżeli sam przez się ten objaw nie występuje, zjawia się nieraz, gdy żołądek podrażni się np. przez wydęcie powietrzem, przyczem równocześnie określamy rozmiary i położenie żołądka. Równocześnie biorę do pomocy zachowanie się odgłosu wypukowego, którego wyso-

kość jest różna wtedy nad okolicą *fundus ventriculi* i *pars pylorica*, jakby żołądek był podzielony na dwie przestrzenie, a różnica ta w wysokości odgłosu wypukowego zmieniać się może również naprzemian: to raz wyższy bębenkowy otrzymujemy nad *fundus*, niż nad *pars pylorica*, to znów odwrotnie.

Stwierdzenie tych okoliczności, przy równoczesnem zaleganiu pokarmów i sokotoku żołądkowym, przemawiało mi za cieśnią odźwiernikową, wywołaną przez wrzód lub jego następstwa i zaręczyć mogę, że omyłki dyagnostycznej nie było, bo wiele z przypadków, w ten sposób rozpoznanych, operował prof. Rydygier i prawdziwość rozpoznania stwierdził.

Dzisiaj też każdy przypadek sokotoku żołądkowego, połączonego z upośledzoną czynnością mechaniczną, leczę nie inaczej, tylko jako wrzód żołądka, będący w okresie późniejszym.

Leczenie to w każdym podobnym przypadku zaczynam od tego, że uważam cieśń odźwiernika za funkcyonalną, za skurcz odźwiernika, wywołany obecnością wrzodu i nadmierną kwaśnością soku żołądkowego, podtrzymywaną i podnoszoną przez dłużej zatrzymujące się pokarmy. Zależnie też od stopnia upośledzonej czynności mechanicznej ograniczam się znów albo do metody Leube'go lub przechodzę, przy odpowiedniej dyecie, do przepłukiwań żołądka nietylko dla usunięcia zalegających pokarmów, lecz, uwzględniając uporczywość trwania w tych razach stałego wydzielania się soku żołądkowego, probowałem też innych sposobów, by równocześnie na błonę śluzową zadziałać, by więc wywrzeć wpływ równocześnie i na funkcyę mechaniczną i na funkcyę chemiczną i przerwać to koło błędne, tak niekorzystne dla istniejącego wrzodu.

Nadmieniałem już, że przepłukiwania rozczynami ściągającymi nie dają wyniku dodatniego. Dlatego, idąc w myśl doświadczeń Jaworskiego [1]), że małe dawki wody Karlsbadzkiej podnoszą, a większe, dłuższy czas używane, obniżają kwaśność soku przez wywołanie miernych objawów nieżytu śluzowego i wyczerpanie nieja-

[1]) Porównawcze badania doświadczalne nad zachowaniem się wody Karlsbadzkiej etc. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1883.

ko czynności komórek, wydzielających HCl, nie widząc, by picie wody Karlsbadzkiej w tych przypadkach nawet przez dłuższy czas odnosiło wybitny skutek, zastosowałem sposób inny, polegający na dłuższem, bo 1—1½ godzin trwającem działaniu rozczynu soli Karlsbadzkiej 2% na błonę śluzową żołądka.

W tym celu, po opróżnieniu żołądka z zalegości, zakładam sondę *à double courant*, jaką tutaj panowie widzą, i z rezerwoaru, zawierającego 10 litrów rozczynu 2% soli Karlsbadzkiej, przepuszczam stały strumień płynu przez żołądek. Dopływ i odpływ tak jest umiarkowany, że procedura ta trwa 1—1½ godziny. Chorzy znoszą ją bardzo dobrze, przebywając w pozycyi leżącej i kontrolując sami dopływ i odpływ; w ten sposób błona śluzowa wystawiona jest na działanie składników soli Karlsbadzkiej przez tak długi czas.

Wyniki, które opiszę później dokładnie, są zadawalniające. Nietylko, że chorzy podmiotowo czują się bardzo dobrze, odzyskują apetyt, przybierają znacznie na wadze, ale w kierunku wydzielania soku żołądkowego następuje też zmiana. W pierwszych czasach płukania nastaje zwykle, mimo usuwania zalegości, pewne podrażnienie gruczołów wydzielniczych, bo sok wydziela się jeszcze o większej kwaśności, niż poprzednio; po ustaniu dopiero przepłukiwań, które dokonywam przez 30—40 dni zawsze rano, powoli zmniejsza się wydzielanie, dochodząc do normy lub przechodząc nawet w niedomogę wydzielniczą, objaw nieporównanie pomyślniejszy dla gojenia się wrzodu lub zapobiegania jego nawrotowi, niż stałe wydzielanie soku żołądkowego. Poprawę tym sposobem otrzymuje się w każdym razie, jak ją otrzymuje się także, jakkolwiek powolniej, i przez proste usuwanie treści zgłębnikiem. Dodać dalej muszę, że poprawa ta jest albo długa (a jest ona długa, gdy potrafiliśmy stale obniżyć kwaśność, poprawić stale czynność mechaniczną, bo cieśń odźwiernikowa była tylko funkcyonalną), albo też krótka: chory niedługo powraca z dawnemi przypadłościami podmiotowemi, z temi samemi zmianami chemicznemi i mechanicznemi, a wtedy jest uzasadnione zupełnie przypuszczenie, że sprawa wrzodu toczy się dalej, że cieśń odźwiernikowa ma poważniejsze znaczenie.

Próbowałem w takich razach powtórnego leczenia i także z poprawą. Można w niejednym przypadku wiele razy w ten sposób postępować, ograniczając się do przepłukiwań zwykłych, których sam chory dokonywa w domu, i utrzymywać chorego w znośnym stanie. Pamiętać jednak należy, że to są przypadki z wrzodem późnym żołądka, z cieśnią odźwiernika niefunkcyonalną, ale mechaniczną, która może się zwiększać z biegiem czasu, doprowadzając z jednej strony tą drogą do inanicyi, z drugiej strony, chory ten, jak statystyka przytoczona przeze mnie poucza, jest w stałem niebezpieczeństwie życia czy to wskutek przebicia ściany żołądka, czy to wskutek mogącego nastąpić krwotoku. W tych przypadkach nie waham się proponować operacyi, wyczerpawszy poprzednio powyżej opisane postępowanie, wiedząc nadto, jak mnie przypadki moje pouczyły, że szanse ich, nietylko co do samej operacyi, ale i co do powrotu prawidłowych funkcyi po operacyi są lepsze, im wcześniej da się je operować.

Chorych, którzy mają być operowani, staram się oddać w ręce chirurga w możliwie dobrym ogólnym stanie, a więc bezpośrednio po przeprowadzeniu poprzednio powyżej opisanego leczenia, przyczem, obok przepłukiwań, staram się dostarczyć choremu dostatecznej ilości kaloryi głównie w postaci tłuszczów: podaję potrójne mleko Jaworskiego lub wlewam w przypadkach inanicyi wprost do żołądka zgłębnikiem emulsyę z oliwy, olejku migdałowego, co chorzy ci znoszą doskonale, a nawet nawiasowo tu dodam, że w niektórych przypadkach wrzodu wpływa to korzystnie nietylko jako pokarm, ale i na objawy i zmniejszenie kwaśności.

Jeżeli uważam za obowiązek tak postępować przed operacyą w przypadkach, które nie przedstawiają jeszcze i n a n i c y i, tylko podkopane odżywianie, to tembardziej uważam to za konieczne w przypadkach inanicyi, boć i takie przypadki zgłaszają się do nas. Oddać je do operacyi, z tętnem ledwo wyczuwalnem, ze skórą suchą i pofałdowaną, z zapadniętemi oczami i prawie bez chlorków w moczu, niepodobna, bo idą na pewną śmierć, lub szanse ich pooperacyjne są bardzo małe. Trzeba ich odżywianie podnieść, stosując łyżkami pożywienie przez usta, co kwandrans do 1/2 godziny, bo więcej nie znoszą, stosując lawatywy odżywcze

i wprowadzając codziennie pod skórę do litra fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Kilka dni takiego postępowania, a obraz się zmienia i z otuchą lepszą oddaje się przypadek w ręce chirurga. Mieliśmy przypadek w klinice w ostatnim stopniu inanicyi, raczej w agonii, z napadami tężyczki, który tą drogą niejako oczuciliśmy i w znośnym stanie oddaliśmy w ręce prof. Rydygiera, który dokonał gastroenterostomii z pomyślnym wynikiem.

Odpowiednie przygotowanie przypadku do operacyi, jeżeli już operacya musi być wykonana, jest niemniej ważne, niż sama operacya; pamiętać o tem winien tak internista, niż i chirurg, a wtedy z inanicyi po operacyi, z braku sił żaden chory nie umrze, bo przetrzyma łatwiej cały zabieg i powikłania, jakie po operacyi mogą powstać. Powinno to być przykazaniem dla obydwóch stron, interweniujących w tej sprawie.

Jeżeli pacyent na operacyę zgodzić się nie chce, to, jak już wspominałem, przez dlugi czas można wyżej wspomnianem powtarzanem leczeniem utrzymywać stan znośny, chyba, że cieśń odźwiernikowa jest tego stopnia, że inanicya coraz bardziej się rozwija; wtedy operacya jest niezbędna, jedynie życie ratująca i do niej wszelkimi sposobami musimy chorego namawiać.

Również do operacyi jak najszybszej skłonić winniśmy, gdy mamy uzasadnione podejrzenie lub zupełną pewność, że dotychczasowy wrzód żołądka lub blizna, zwężająca odźwiernik, przechodzi w raka,—rzecz, jak statystyka poucza, nie tak znów rzadka.

Rozpoznanie najwcześniejsze tych przypadków, jest to jedno z ważnych zadań naszych. Mam podstawę do twierdzenia, że spostrzeżeniami, poczynionemi w mej klinice, sprawę więcej rozjaśnię. Dokładnie przedstawię ją później, tu tylko podam zasadniczą myśl i nadmienię, iż wyniki te są o tyle dodatnie, że byliśmy w stanie, oddając przypadek w ręce chirurga, powiedzieć, iż w tym przypadku wrzód przechodzi w raka, i jak dotąd, nie myliliśmy się, chociaż były to czasem przypadki, gdzie dopiero mikroskop sprawę rozstrzygnął.

Faktem jest, że tylko wrzody *in parte pylorica* przechodzą w raka; stwierdzają to moje protokuły sekcyjne i całe nasze doświadczenie kliniczne.

Cieśń więc odźwiernikowa, wywołana przez dawniej toczący się wrzód, cieśń rozmaitego stopnia, dająca się stwierdzić nieraz nietylko wyżej wspomnianymi objawami, to cecha wspólna tak wrzodu samego, jak wrzodu, przechodzącego w raka.

Zachowanie się treści żołądkowej, zwłaszcza pod mikroskopem, jest tu również podobne. Dobrze nadtrawione włókna mięsne, obfita ilość jąderek Jaworskiego itp., *sarcina*, drożdże, znajdują się w obydwóch razach, a jednak w przypadku drugim zwraca już uwagę często obecność długich kolankowatych bakteryi [Kaufmann-Baas'a], jakkolwiek to nie jest warunek niezbędny.

W obydwóch razach brak kwasu mlecznego. Badając treść, wyciągniętą u chorego zaraz po przybyciu do kliniki naczczo, treść z resztkami zaległych pokarmów, stwierdzamy silne jej oddziaływanie i dużo kwasu solnego wolnego—szczegół, który obok trwania objawów, krwotoków, młodego wieku chorego, cieśni odźwiernikowej usprawiedliwiałby rozpoznanie wrzodu *in parte pylorica*, tembardziej, jeżeli ten szczegół znajdziemy na drugi i trzeci lub późniejszy dzień badania. A jednak wiemy, że niezawsze tak jest, że w wielu już spostrzeżeniach wykazano obecność HCl wolnego przy raku żołądka; wszystko to były przypadki wrzodu, na podstawie którego rozwinął się rak, który w dalszych okresach rozwoju doprowadza do zmiany na błonie śluzowej żołądka, zmieniając funkcyę chemiczną na charakterystyczną dla raka, ale już w późnym okresie będącego.

We wcześniejszych okresach zachowanie się jednak wydzielania HCl jest dość charakterystyczne, które to zachowanie żebym mógł krótko przedstawić, nadmieniam, że w klinice mojej sposób badania funkcyi żołądkowych jest następujący:

Tuż po przyjęciu chorego bada się naczczo, po przepłukaniu żołądka do czystości, robi się zaraz próbę, podaną przez Jaworskiego i przeze mnie, t. j. białkową, i w tym samym dniu próbę befsztekową po 4-ch godzinach.

Próby te powtarzam w miarę potrzeby.

W przypadkach wrzodu przy każdej z tych prób, w tym samym dniu podjętych, mamy treść silnie kwaśną i znaczne ilości kwasu solnego wolnego. Przy przejściu wrzodu w raka zaczyna

się zjawiać pewnego rodzaju niedomoga wydzielnicza, objawiająca się w sposób następujący: naczczo i po próbie białkowej mamy np. wyraźny HCl wolny, po próbie zaś befsztekowej, w tym samym dniu dokonanej, albo zawierają się tylko ślady HCl wolnego, albo tylko kwas solny związany; drugiego zaś dnia np. naczczo i po próbie befsztekowej jest wolny HCl wyraźny, gdy po białkowej go braknie i t. d. Wahanie się właśnie wydzielanego HCl wolnego jest to jedna z cech, która wraz z innymi objawami, przemawiającymi za cieśnią odźwiernika, wraz z obrazem mikroskopowym treści, wyżej podanym, przemawia, jak doświadczenie nas pouczyło, za przejściem wrzodu w raka [1]).

Przypadki te sprawiają nadto to wrażenie, że zalegająca treść jest jeszcze w możności podrażnić błonę śluzową żołądka, jest ostrogą, która pobudza już omdlewające w swej czynności nadmiernej gruczoły. W niektórych przypadkach bowiem (odnosi się to do przypadków dalej posuniętych) w pierwszych dniach badania wydobywa się HCl wolny wyraźny po wspomnianych próbach, gdy jednak zaczynamy przepłukiwać te żołądki, opróżniać je z zalegającej treści, po krótkim czasie ginie wolny HCl, pozostając cały związany, lub treść przyjmuje oddziaływanie nawet obojętne, lub nieraz zjawia się po tygodniu kwas mleczny.

Chorych z tem zachowaniem się funkcyi chemicznej przy najmniejszych objawach cieśni odźwiernikowej, chociażby podmiotowo czuli się dobrze, starałem się jak najwcześniej oddać w ręce chirurga.

Jakie wyniki dodatnie otrzymaliśmy w operowanych naszych przypadkach, jak zmieniały się funkcye żołądka po zabiegu operacyjnym i całe losy tych chorych, przedstawi asystent mojej kliniki dr. Rencki. Tutaj tylko dodać muszę, że po dokonanej pomyślnie operacyi [gastroenterostomii], po powrocie operowanego „do zdrowia", leczenie w znacznej części przypadków jeszcze nieskończone. Pozostaje bowiem jeszcze długi czas nieraz nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, jako świadectwo dalej toczącego się owrzodzenia, które leczone być musi, podobnie jak przed

---

[1]) Rzecz tę później w osobnej pracy przedstawię.

operacyą, wśród lepszych jednak nieporównanie warunków, bo po usunięciu przeszkody mechanicznej. Stałe wyżej opisane przepłukiwanie 2% rozczynem soli Karlsbadzkiej dawało mi wtedy wyniki korzystne; dyeta odpowiednia dłuższy czas po operecyi w tych przypadkach winna być regułą.

Z powikłań wrzodu jeszcze słów kilka poświęcić pragnę przebiciu ściany żołądka i krwotokowi. Że z chwilą rozpoznania p r z e b i c i a ściany żołądka natychmiastowa pomoc chirurgiczna jest wskazana, wszyscy się na to zgadzamy. Własnego doświadczenia nie mam, bo jakoś szczęśliwie tak się składa ło, może dzięki temu, żem na czas chorych moich oddawał do operacyi, że, mimo poważnej liczby spostrzeganych przypadków wrzodu żołądka, sam nie spostrzegałem przebicia wrzodu w p i e r w s z e j chwili. Z ust prof. Rydygiera usłyszymy zapewne zdanie jego i wyniki chirurgii w tym kierunku, z mej strony chciałbym poprawić jednak jedno utarte zapatrywanie, a poprawa ta, którą uczynię, skłania mnie do wypowiedzenia *à priori* zdania, że, zdaniem mojem, przez leczenie systematyczne wczesnych okresów wrzodu, przez na czas oddanie do operacyi odpowiednich przypadków późniejszych okresów wrzodu należy nie dopuszczać do przebicia ściany żołądka przez wrzód, bo, gdybyśmy nawet zaraz rozpoznali przebicie, nie możemy się tak wiele spodziewać od pomocy chirurgicznej.

Jaśniejsza to sprawa wprawdzie na podstawie operowanych dotąd przypadków, smutniejsza, gdy ją się ściśle rozbiera ze stanowiska anatomicznego, gdyż wtedy dopiero przedstawia się cała techniczna trudność zabiegu operacyjnego. „*In technischer Beziehung liegen die Verhältnisse bei der Perforation des Magengeschwürs meist sehr günstig. Die Mehrzahl der perforierenden Magengeschwüre, etwa 80 prc., liegen im Bereich der vorderen Magenwand*", mówi Mikulicz [1]) i ma słuszność na podstawie operowanych przypadków; nie ma jej, gdy się rozpatrzy większy materyał anatomo-patologiczny.

Statystyka moja wykazuje np., że na 28 przypadków przebicia 2 odnosiły się do dwunastnicy, a 26 do żołądka. Z tych ostat-

[1]) l. c. str. 212.

nich 1 odnosił się do wpustu (*cardia*), 2 do środkowej części żołądka, a 23 do części odźwiernikowej (*pars pylorica*); a co do powierzchni, rozkładały się w sposób następujący:

Krzywizna wielka	1
„ mała	3
Ściana przednia . . . . , .	6
„ tylna	18

Na tylnej zatem ścianie, nie na przedniej, mamy 80% wszystkich przebić ściany żołądka przez wrzód, a tu technika będzie o tyle trudniejsza i to tem mniej dająca nadziei na pomyślny wynik, że tym przebiciom na tylnej ścianie nierzadko towarzyszy obfity krwotok, jak to protokuły sekcyjne wskazują.

K r w o t o k o w i też w końcu słów kilka poświęcić muszę. Sporny to teren z chirurgią, i słusznie, boć nieleczonych odpowiednio przypadków późniejszych owrzodzeń ginie z krwotoków nie tak znów mało, jak moja statystyka wykazuje, lecz sądzę, że teren ten nazawsze spornym pozostanie.

Doświadczenie nas poucza, że przeważna część krwotoków wskutek wrzodów żołądka kończy się pomyślnie przy naszych zabiegach. Postępowanie moje w tych przypadkach jest zwykłe. Spokój bezwzględny i niepodawanie pokarmów, tylko wody łyżkami, żywienie przez pewien czas *per rectum*, w razie potrzeby opium, w gwałtowniejszych krwotokach wstrzykiwanie podskórne *sec. corn.*, wstrzykiwanie podskórne fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, a w ostatnich czasach 2% rozczynu żelatyny—oto arsenał środków, którymi dochodzimy do pomyślnego wyniku; środków ulubionych do wewnątrz, jak *liqu. ferri sesquichl.*, *plumbum acet.* etc. nie podaję nigdy.

W ręce chirurga oddałbym przypadek wrzodu stale broczącego, tak zwany *ulcus ventriculi haemorrhagicum*. W innych razach jak trudno zdecydować się, czy przystąpić do operacyi, jak trudno rozpoznać, że krwotok pochodzi z nadżartej poważniejszej tętnicy, i życiu musi kres położyć. Nie mamy tu ani jednego punktu oparcia, a wniosek tylko jeden, że trzeba dążyć środkami medycyny wewnętrznej lub w danym razie zabiegiem chirurgicz-

nym, na czas wykonanym, do wygojenia wrzodu, bo inaczej przypadki te najczęściej ginąć będą i nieraz nawet udaremnią zapóźno podjętą operacyę, gdyż i po dokonanej np. gastro-enterostomii może taki krwotok nastąpić zaraz w pierwszych dniach lub nawet i później.

Zbierając razem porozrzucane myśli odnośnie do leczenia wrzodu żołądka, postawiłbym następujące tezy:

1) W pewnych razach możemy działać zapobiegawczo.

2) Tak w początkowych, jak i w późniejszych okresach wrzodów żołądka systematyczne nasze leczenie wewnętrzne z następczą obserwacyą przez 1—2 lat daje bardzo często wyniki nader pomyślne.

3) Na szczególną uwagę zasługują przypadki sokotoku żołądkowego z upośledzoną funkcyą mechaniczną żołądka, bo to są przeważnie wrzody żołądkowe późniejszego okresu.

4) Upośledzenie tej funkcyi mechanicznej w tych przypadkach wyjątkowo następuje wskutek niedowładu, a zwykle wskutek czynnościowej lub mechanicznej cieśni odźwiernika (*stenosis pylori*).

5) Przypadki te należy leczyć dyetą, usuwaniem zalegającej treści, starając się równocześnie i innymi zabiegami obniżyć kwaśność wydzielanego soku żołądkowego.

6) Gdy za pierwszym razem osiągnęliśmy wynik dodatni, dłuższy czas trwający, gdy więc mamy podstawę przyjąć, że cieśń odźwiernikowa była przejściową, czynnościową, przy nawrocie objawów leczenie to trzeba powtarzać.

7) Przekonawszy się, że cieśń odźwiernikowa jest mechaniczną, a więc stałą, gdy więc objawy poprzednie po ustaniu leczenia wracają—przypadki te należą do chirurgii, a im wcześniej, tem lepiej, bo i poprawa po operacyi jest wtedy wybitniejsza i zapobiega się łatwiej możliwym późnym następstwom wrzodu żołądkowego.

8) Każdy przypadek, przeznaczony do operacyi, powinien być odpowiednio przygotowany, t. j odżywianie ogólne podniesione przez przeprowadzenie wyżej podanego leczenia. Punkt ten

jest zasadniczym i zachowanie tej ostrożności wpływa znakomicie na statystykę pooperacyjną.

9) Przypadki wrzodu, przechodzącego w raka, można dość wcześnie rozpoznać i należy je skierować jak najprędzej do radykalnej operacyi.

10) Po usunięciu przeszkody mechanicznej przez operacyę w wielu przypadkach leczenie jeszcze nie jest skończone i dalej w myśl postawionych reguł musi byś prowadzone.

11) Przebicie wrzodu żołądka daje natychmiastowe wskazanie do operacyi, jakkolwiek wynik jej jest o tyle wątpliwy, że największa liczba przebić ma miejsce na tylnej ścianie i przebiciom tym towarzyszy równocześnie często krwotok.

12) Przeważna część krwotoków wskutek wrzodu żołądka przebiega pomyślnie przy leczeniu wewnętrznem i nie mamy ani jednego punktu oparcia dla rozstrzygnięcia kwestyi, który przypadek krwotoku zakończy się niepomyślnie, by go na czas oddać w ręce chirurga. Przy wrzodach żołądkowych z przewlekłemi krwawieniami (*ulcus haemorrhagicum*) należy się uciec do pomocy chirurgicznej.
